

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

342

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (MENTION MÉDECINE)

PAR

Mirko RANKOVITCH

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Né à Tchoupria (Serbie), le 23 novembre 1897

Etude Clinique et Radiographique
SUR
L'Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet
CHEZ L'ENFANT

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

OLLIER-HENRY
LIBRAIRE ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1923

248

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

342
N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS (MENTION MÉDECINE)

PAR

Mirko RANKOVITCH

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Né à Tchoupria (Serbie), le 23 novembre 1897

Etude Clinique et Radiographique
SUR
L'Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet
CHEZ L'ENFANT

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

OLLIER-HENRY
LIBRAIRE ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

—
1923

248



A MES PARENTS

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

Meis et amicis

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile à l'Hôpital
des Enfants-Malades

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

En témoignage de sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

La tuberculose du poignet est nettement plus rare que celle du coude : en dépouillant pour la même période de temps, de 6 ans environ, la statistique de M. Broca, nous trouvons 23 cas contre 50 soit environ moitié.

De l'analyse de ces faits, ressortiront peut-être, quelques particularités intéressantes d'étiologie, d'anatomie pathologique appuyée sur la radiographie, d'évolution. Mais nous commencerons par quelques données sur le diagnostic, lequel comporte toujours deux questions : 1° Y a-t-il arthrite ; 2° Est-elle tuberculeuse.

Le présent travail s'appuie sur les documents et les observations empruntés au service de M. Broca.

C'est pourquoi nous tenons à remercier vivement notre maître, M. le Professeur Broca, pour l'extrême obligeance dont il a fait preuve à notre égard pendant notre séjour à l'hôpital des Enfants malades.

De même, à la fin de nos études, c'est avec la plus grande bienveillance qu'il a accueilli la demande formulée par nous d'élaborer notre thèse dans son service. Nous savons apprécier l'exceptionnel honneur qu'il nous fit en nous inspirant le choix d'un sujet aussi intéressant que celui de l'ostéoarthrite tuberculeuse du poignet chez l'enfant.

Nous adressons encore nos remerciements à M. le Docteur Massart, son chef de clinique, pour les conseils qu'il nous a donnés, ainsi qu'à M^{lle} Sigoillot, qui s'est chargée d'exécuter nos dessins.

CHAPITRE I

Y a-t-il arthrite ?

Le début du gonflement doit être cherché aux faces dorsales et latérales, où il efface de bonne heure les cordes tendineuses. Il forme autour du poignet entre l'avant bras et le métacarpe, une tuméfaction ayant la forme de $\frac{3}{4}$ d'un cylindre, avec quelques bosselures entre les tendons ; et les extrémités du radius, du cubitus même, ne tardant pas à être enfouis dans les fongosités.

Plus tard seulement le gonflement est notable à la paume de la main, où cependant d'assez bonne heure le creux palmaire diminue entre les deux éminences musculaires atrophiées, en sorte que le talon de la main devient une surface plane. A l'avant-bras l'atrophie est surtout marquée au groupe des extenseurs.

A un moment on a sous les yeux un poignet cylindrique, élargi, épaissi d'avant en arrière, souvent avec une ou deux bosselures lisses et mal limités. Et comme toujours on met en évidence l'arthrite en constatant que les mouvements passifs (l'extension d'abord) sont limités, que la région articulaire est douloureuse à la pression.

Les lésions para-articulaires capables de nous in-

duire en erreur sont les kystes synoviaux et les synovites tuberculeuses des gaines tendineuses.

Par la forme du gonflement, on différencie assez facilement des arthrites les synovites tendineuses fongueuses : celles-ci en effet sont allongées selon l'axe du membre et la tuberculose se cantonne dans un des groupes, extenseur commun ou du pouce, radiaux, fléchisseurs ; en outre comme pour toutes les « périarthrites » la limitation des mouvements passifs est moindre que ne le fait supposer au premier coup d'œil le gonflement ; dans les cas nets, à côté de ce gonflement, l'interligne est indolent à la pression ; enfin qu'il s'agisse des extenseurs ou des fléchisseurs, la tuméfaction descend sur le métacarpe, au dos de la main ou à la paume ; les mouvements passifs du ou des doigts opposés à celui du muscle dont la gaine est tuberculeuse, est gêné, quelquefois un peu douloureux. On n'a guère à compter, quoique le signe soit classique, sur la mobilité active selon l'axe du membre lorsque le muscle se contracte : c'est plus théorique que pratique.

On a rarement, chez l'enfant, à discuter ce diagnostic, car chez lui la synovite tendineuse primitive est rare, aussi bien dans la forme fongueuse que dans les formes — elles aussi tuberculeuses — à épanchement sereux ou à grains riziformes.

A une période avancée, ainsi que nous le verrons à propos des cas fistuleux et graves, les tissus périarticulaires sont envahis par la tuberculose articulaire et les gaines tendineuses facilitent alors cette propagation,

tout autour du poignet, vers la main et l'avant bras. Mais c'est un phénomène tardif, relativement rare — chez l'enfant tout au moins — et il semble qu'ont ait exagéré sa fréquence. Quant à la prise de l'articulation, après synovite tendineuse M. Broca ne l'a jamais observée chez l'enfant.

L'autre cause d'erreur — possible mais exceptionnelle — est fournie par le banal kyste synovial, celui qu'on appelle « ganglion » du poignet. On aurait presque pu s'y tromper au premier examen chez une fillette de 3 ans 1/2 que nous avons vue pour la première fois, au sortir de la coqueluche, le 25 septembre 1922 : il y avait au dos du poignet droit sur l'extrémité supérieure du 3^{me} métacarpien, une bosselure grosse comme une demi noisette accolée au squelette, renitente, donnant au premier abord l'idée d'un kyste synovial, mais un peu chaud et contenant un peu de pus, comme une ponction le prouva le 2 octobre. Une radiographie met en évidence la rarefaction du 3^{me} métacarpien et du bord externe du grand os : un petit amas fongueux d'abord bien limité, au dos de l'extrémité supérieure du 3^{me} métacarpien avait pris l'aspect fort rare que nous venons de décrire. Ce n'est pas le siège habituel des kystes synoviaux, mais ceux-ci peuvent se former au niveau de n'importe quel interligne articulaire.

Mais peu importe que le kyste soit d'origine articulaire ou tendineuse, qu'il occupe ou non son lieu d'élection au dos du poignet, sous la cupule radiale, dans le premier cas, vers la tabatière anatomique ; dans le second : c'est une tumeur lisse, bien limitée,

entourée de tissus souples ; recouverte de peau normale mobile presque toujours indolente à la pression, gênant les mouvements actifs du poignet qu'ils rendent parfois assez douloureux, mais gênant fort peu les mouvements passifs ; sa consistance est dure, résistante et non fluctuante, la chaleur de la région n'est pas accrue.

Pour A. Poncet, le diagnostic différentiel perd de son importance, puisqu'à l'en croire ces kystes seraient une manifestation de sa tuberculose « inflammatoire » mais comme parmi les enfants très nombreux auxquels dans le service on enlève cette petite tumeur, M. Broca n'a jamais vu d'arthrite longueuse ultérieure, à supposer même que l'opinion de Poncet soit théoriquement défendable, il serait intéressant, pour le pronostic, de reconnaître à l'avance cette tuberculose, si bizarre par sa béginité constante.

CHAPITRE II

L'arthrite est-elle tuberculeuse ?

Nous pouvons sur ce point commenter notre observation XIV ; celle d'un garçon de 3 ans, chez lequel l'existence de l'arthrite est certaine.

La tuberculose est déjà à peu près certaine d'après les commémoratifs, car ce garçon, né de parents sains, fut élevé à la campagne par une tante maternelle phthisique ; à deux ans résulta une broncho-pneumonie, qui traîna pendant un mois. Sur le conseil d'un médecin avisé, on retira l'enfant du foyer dangereux, mais le mal était fait. Quatre mois après survinrent des ganglions cervicaux engorgés, puis trois mois plus tard un gonflement douloureux au dos du poignet, que l'on traita sans succès par le massage. Après une chute la douleur fut vive et l'enfant fut envoyé quatre jours après à M. Broca par un deuxième médecin qui porta un diagnostic exact et eu le bon sens d'arrêter le massage.

La tuberculose seule peut expliquer la chaleur locale, le gonflement dorsal où sont noyées les saillies osseuses et tendineuses, l'aplatissement de la paume de la main, la limitation de tous les mouvements et surtout de l'extension, qui ne peut dépasser la rectitude, même s'il

n'y avait pas à la radiographie (fig. 7) une ostéite raréfiante très nette de la base du 3^{me} métacarpien et de l'os crochu, la preuve serait faite par la contagion, par les ganglions cervicaux.

Quant à l'action traumatique il suffit pour l'éliminer d'apprendre que le gonflement l'a précédée d'un mois : elle ne fut même pas révélatrice ; l'avenir nous dira si elle fut aggravante.

La tuberculose du poignet est en effet une des celles où l'on imagine le plus souvent une origine traumatique (chocs, chutes, entorse, fatigue et mouvements forcés) ce que semble justifier, d'après Mondan, la prédominance à droite (64 o/o) chez l'adulte. En 1908 Girard trouva chez l'enfant une prédominance analogue (64 o/o) jointe à une prédominance chez le garçon (54 o/o). Mais si dans notre statistique actuelle les garçons restent à 56 o/o, le côté gauche passe en tête (14, contre 8 à droite et 1 bilatéral).

A un degré plus léger et lorsque rien n'était connu avant la chute, un léger empâtement de la synoviale, persistant au bout de 5 à 6 semaines ne doit pas être tenu certainement tuberculeux.

Il y a quelques jours M. Broca a remis en liberté un garçon de 9 ans auquel dans ces conditions il avait fait poser par précaution un appareil plâtré : en quelques jours disparurent gonflement et douleur, pendant deux mois de surveillance le poignet resta sec et souple. Mais s'il persiste quelque épaissement, quelque raideur, quelques craquements, il faut rester en méfiance, et c'est ce que nous venons de voir chez une

filles de 15 ans, malade depuis deux ans, qui attribue son mal à une chute et qui est soignée dans le service depuis juin 1922 ; sans être certain qu'elle soit tuberculeuse, M. Broca laisse l'appareil qui ne gêne à peu près pas.

Le rôle du traumatisme est ici, possible, mais en tout cas, nous sommes en présence d'une de ces arthrites sèches juvéniles, dont nous ne pouvons pas préciser la nature ; cette forme semble assez rare au poignet. De même l'arthrite blennorrhagique chronique ; les arthrites de cette nature que M. Broca a observées revêtaient la forme subaigue ou même aigue dont le poignet est d'ailleurs également le lieu d'élection chez la femme adulte.

Mais il est certain que nous devons, ici comme partout, compter avec les surprises blennorrhagiques chez la fille. Nous rentrons encore dans le doute sur la nature du mal chez une fille de 14 ans, qui souffrit brusquement au réveil le 17 juillet 1921 d'une douleur au poignet gauche : elle vient le 24, avec le poignet gonflé et douloureux ; une raréfaction du grand os et de l'os crochu fait soupçonner la tuberculose. Mais rien n'est moins certain car le poignet est redevenu très vite sec après l'immobilisation et il le restait en juillet 1921.

Nous n'avons pas trouvé dans les fiches relatives au poignet d'ostéoarthrite syphilitique, prouvée à la fois par la réaction sanguine, normale chez tous nos malades et par l'action thérapeutique. Cette différence avec ce que l'on voit au coude où la syphilis est fréquente s'explique assez bien. La syphilis ostéoarticulaire réserve faites sur certaines arthrites sèches encore

assez mal délimitées, a pour origine habituelle des lésions métaphysaires ; le retentissement articulaire de l'ostéite gommeuse se produit donc dans les articulations où un cartilage conjugal est en partie au moins intra-synovial. C'est le cas au coude, pour le cubitus et pour l'humérus, et c'est ce que nous a montré une observation où le coude a souffert d'une lésion humérale tandis qu'un foyer juxtaépiphysaire de l'extrémité inférieure du radius n'altérait pas l'articulation du poignet. Cette localisation, assez rare d'ailleurs, de la vérole reste à l'état d'ostéite et doit être étudiée comme telle.

Le diagnostic clinique entre les formes osseuses et synoviales est fort difficile, car on ne saurait guère prétendre à limiter par la pression localisée la douleur sur un interligne ou sur les petits os de carpe qui les bordent. Tout au début, on peut constater une douleur localisée au petit condyle que forment accouplés le grand os et l'os crochu ; plus tard, dans le gonflement plus accentué, le maximum peut persister, mais presque jamais cela ne nous permet une affirmation ; de même pour les formes localisées ; sauf tout à fait au début, sur l'épiphyse radiale ou sur les métacarpiens.

On ne saurait compter non plus sur les différences dans la limitation des mouvements. Sans doute nous savons que l'extension a pour siège principal la radiocarpienne, tandis que la médiocarpienne est celui de la flexion ; mais la proximité des interlignes et leur communauté de synoviales ne laissent guère de valeur à cette explication. Nous ne pouvons donc être renseignés que par la radiographie.

CHAPITRE III

Étude radiographique

La statistique globale de nos 23 arthrites chroniques du poignet nous fait compter 17 cas à lésion osseuse presque sûrement initiales contre 6 où radiographiquement le squelette paraît sain : et la radiographie est au poignet assez facile, assez claire pour qu'une lésion légère soit sans peine mise en évidence. Cette statistique est en désaccord avec celle d'où en 1908, M. Girard concluait que chez l'enfant, aucun cas ne permettait d'affirmer l'origine synoviale.

De ses observations au nombre de 78 nous éliminerons, pour la discussion actuelle, les 47 qui lui furent fournies par Menard, presque toutes avec les constatations opératoires : on n'envoie à Berck, pour le poignet, que les cas graves et surtout on n'opère que les articulations fistuleuses, à une période où la plupart du temps tous les os sont cariés sans qu'on puisse faire autre chose qu'une hypothèse sur leur rôle au début.

Quant aux 31 observations du service de M. Broca elles appartiennent à une période où la radiographie n'était pas systématisée comme aujourd'hui ; et c'est cette systématisation qui nous a permis de perfectionner nos connaissances cliniques.

Comme aux autres articulations, nous devons faire

des réserves sur la nature de l'arthrite lorsque les os sont intacts et cela nous fait éliminer trois filles à diagnostic douteux. Mais nous sommes en droit dans l'état actuel de nos connaissances, d'admettre la tuberculose, 1° chez un garçon de 10 ans, vu au 5^{me} mois, avec une arthrite fongueuse caractérisée, guéri en un an, avec raideur très nette et atrophie musculaire persistante ; 2° chez un autre de 26 mois, tuberculeux fistuleux en même temps du testicule, du 1^{er} métatarsien, des ganglions sous maxillaires, le tout à gauche ; 3° chez un garçon de 4 ans dont une bosselure dorsale contenait du pus ; 4° et 5° n'avons nous pas de grandes probabilités lorsque le gonflement fongueux et la raideur ne cèdent pas à 6 ou 8 mois d'immobilisation et décompression comme ce fut le cas chez deux garçons de 12 ans et 8 1/4 perdus de vue au bout de ce temps, mais encore en évolution morbide ?

Il eut mieux valu les maintenir en observation jusqu'à guérison, pour radiographie de confirmation et discuter ensuite la méconnaissance d'une ostéite primitive si on en avait vu une trace à ce moment : mais les malades chroniques s'échappent souvent.

Lorsque il y a une lésion accentuée et assez précoce, elle est probablement primitive : reste à savoir quelle est parmi les os du poignet son origine la plus fréquente.

Dans une région comme celle-ci, à petits os multiples, il n'y a pas grand'chose à tirer des statistiques opératoires, étudiées par Mondan sur les adultes traités par Ollier, par Girard, sur les enfants traités par Menard. De même pour trois de nos radiographies tardives où sont certainement cariés à la fois les bases

d'un ou de plusieurs métacarpiens, le carpe, l'épiphyse radiale, tout en notant que dans un des cas le deuxième métacarpien, trapézoïde, le trapèze et le scaphoïde semblent sains. Sur les autres clichés nous ne trouvons qu'une seule lésion (et même douteuse) de l'épiphyse radiale ; une aussi peut-être de la première rangée du carpe, chez un nourrisson de 21 mois ; une destruction très nette du trapèze et du scaphoïde, on aura donc tendance à rapporter l'origine au massif constitué, à la deuxième rangée, par l'os crochu et le grand os, avec la base des trois métacarpiens correspondants.

Nous avons pensé en constatant radiographiquement le classique *spina ventosa* d'origine métacarpienne avec hyperostose sous périostée par la fig. . Mais une radiographie initiale montre les métacarpiens intacts ; donc ils ont certainement pris après le carpe. D'ailleurs, aux métacarpiens l'ostéite commence en général près du cartilage conjugal, lequel est unique et inférieur. Si elle gagne l'extrémité supérieure, ce qui est heureusement rare, aucun cartilage conjugal à ce niveau ne protège le poignet sauf au premier métacarpien, c'est ce que nous montre la fig. : la lésion osseuse du poignet associée à des spinas des 4^{me} et 5^{me} métacarpiens et la phalangienne de l'index, est une destruction tout à fait nette de l'os crochu. Ce fut encore le cas chez une fille de 13 ans soignée dans le Service depuis le 4 novembre 1919, à l'âge de 10 ans, au 5^{me} mois de spinas aux 4^{me} et 5^{me} métacarpiens : dès le premier examen, l'extension du poignet était un peu limi-

tée et la radiographie montrait une lésion du grand os et de l'os crochu; l'évolution fut ensuite celle d'une ostéoarthrite du poignet, aujourd'hui guérie.

L'arthrite du poignet est dans ces formes un épisode, heureusement rare dans, l'histoire des arthrites à foyers multiples. Dans notre relevé actuel, sur 23 cas, 5 comportent d'autres localisations ostéoarticulaires du poignet: un métatarsien, une phalange du gros orteil, une tibiotalarsienne, un coude et deux métacarpiens, soit une proportion de 17 %, tandis que sur le relevé de 31 cas fait en 1908 par Girard, le pourcentage était de 30 %: nous ne pouvons qu'enregistrer cette différence. Ces enfants ne sont pas du premier âge, puisqu'ils s'échelonnent de 4 à 14 ans; mais deux d'entre eux, garçons de 9 ans et de 6 ans, ont eu des ostéites phalangiennes ou métacarpiennes, rentrant aussi dans la règle de multiplicités si fréquentes pour les spina ventosas.

Mais cela dit sur les spina ventosas, il est difficile de se prononcer sur la fréquence relative du début au massif central de la 2^{me} rangée du carpe, plutôt qu'à la base des métacarpiens.

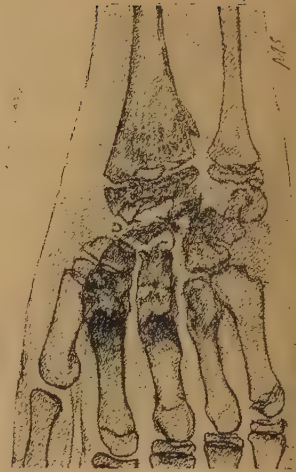
Un seul de nos sujets à spina ventosa est un nourrisson; qui débuta par une broncho-pneumonie à 15 mois, par des lésions toutes à gauches et suppurés du testicule, des ganglions sous-maxillaires, du 1^{er} métatarsien à 25 mois; le poignet fut pris à 34 mois. Un autre enfant est âgé de moins de 3 ans (père toussueur, broncho-pneumonie à un an; poignet à 20 mois, sans lésion métacarpienne). Les malades âgés de plus de 3 ans sont: 4 de 3 à 5 ans; 7 de 5 à 10 ans; 11 de 10 à 15 ans.



1



2



3

Fig. 1 et 2. Fille 10 ans. Début au 4^{me} et 5^{me} métacarpiens, lésion du grand os et de l'os crochu (obs. I).

Fig. 3. Fille 14 ans. Lésion de tout le carpe (obs. VI).



4



5



6

Fig. 4 et 5. Garçon 13 ans. Lésion du grand os (obs. IV).

Fig. 6. Fille 13 ans. Lésion de tout le carpe (obs. I).



7

Fig 7. Garçon 4 ans. Destruction du grand os (obs. XIV)



8

Fig. 8. Fille 9 ans 1/2. Lésion du grand os (obs. III)



9

Fig. 9. Garçon 11 ans. Lésion du grand os et de l'os crochu (obs. V)



21.9.15

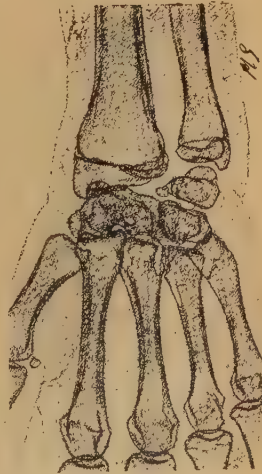
10



17.3.20

11

Fig. 10 et 11. Fille 13 ans. Lésion de tout le carpe (Obs. VIII)



12

Fig. 12. Fille 15 ans. Début à 3 ans. Ankylose osseuse 1^{re} et 2^{me} rangée (obs. XVI)

CHAPITRE IV

Pronostic

Lorsque la lésion ne suppure pas, la guérison a grandes chances d'avoir lieu en 18 mois à 2 ans par retraction fibreuse progressive des fongosités ; le reliquat fonctionnel est très variable, depuis la simple raideur jusqu'à l'ankylose. Nous avons un exemple de celle-ci à la carpo métacarpienne et à la médiocarpienne sur une fille âgée aujourd'hui de 16 ans, qui soignée en 1910, à l'âge de 3 ans, que nous avons convoquée pour notre thèse : la radiocarpienne étant restée intacte, l'extension n'est que peu limitée, mais il persiste une atrophie légère des muscles épitrochléens, la main a perdu 1 centimètre de longueur et 1/2 centimètre de circonférence, et la malade se fatigue si elle écrit pendant longtemps. Au total, le résultat fonctionnel est bon. Nous avons fait revenir deux autres sujets, guéris avec raideur simple, garçon et fille âgés tous deux de 10 ans, le premier à forme probablement synoviale, la seconde à forme métacarpienne : et la fille est intéressante car, semblant guérie en 1910, après un an d'évolution, elle eut en décembre une récurrence, d'ailleurs vite améliorée.

Or, sans exagérer la valeur des calculs de moyenne par relevés statistiques, nous pouvons partir de ce fait que la suppuration est ici bien moins fréquente qu'au coude. Parmi nos malades, en effet, 4 seulement ont suppuré dont 3 se sont fistulisés le 4^e étant la fillette de 3 ans 1/2 dont nous avons signalé l'observation à propos du diagnostic avec le « ganglion ». Elle n'est malade que depuis 4 mois, en sorte que nous devons réserver l'avenir et prévoir la probabilité de la fistule. Il serait imprudent de juger avec certitude par ces chiffres, la fréquence réelle de la supuration, car bien des malades malheureusement ne reviennent pas pour se faire soigner, quelquefois même disparaissent après la première consultation : mais cela n'est pas réservé au poignet, et dès lors la comparaison peut être faite avec le coude, où la fréquence des abcès et fistules est très grande.

Le lieu d'élection des fistules est aux faces postérieure et postero externe ; une fois elles se sont ouvertes, multiples, au tiers inférieur de l'avant-bras ; une fois il y a eu, au bord inférieur du ligament annulaire, une fistule palmaire, d'ailleurs vite tarie tandis que persistaient trois fistules dorsales.

Chez les trois de ces malades que nous avons observés longtemps après le début du mal, l'évolution a été favorable : une fille de 13 ans, malade depuis août 1920, a fistulisé en janvier 1921 pour être cicatrisée septembre 1921, et en avril 1922 elle était guérie ; une fille de 13 ans, malade depuis mars 1915, vue en septembre, fis-

tulisée en juin 1916, alla très bien après débridement presque immédiat d'un clavier enflammé. Puis elle s'aggrave en octobre après la scarlatine d'où des fistules multiples avec clapiers remontant à l'avant-bras, qui se tarirent seulement en novembre 1918. Cette malade est guérie avec ankylose et reste sans appareil depuis octobre 1918. La persistance des fistules est bien plus longue chez une fille de 14 ans, vue en mai 1920, malade depuis juillet 1911, fistuleuse en juillet 1912 et qui mal soignée il est vrai, porte toujours trois fistules dorsales.

Les choses peuvent même être notablement plus graves et quelquefois lorsque les os sont très cariés, les gaines tendineuses toutes envahies, lorsque les fistules se compliquent de clapiers à infection mixte, il faut arriver à l'amputation, même chez les enfants.

CHAPITRE V

Traitement

Suppurée ou non, l'arthrite tuberculeuse du poignet doit être immobilisée en appareil plâtré et le siège habituellement dorsal des abcès et fistules nous laisse toute facilité pour confectionner une gouttière palmaire, une large ouverture postérieure permettant la compression, les fonctions, l'insolation.

L'attitude sera en légère extension de 10° à 15°, la tendance à l'attitude instinctive étant en flexion c'est-à-dire menaçant d'une gêne fonctionnelle importante.

On aura toujours grand soin de s'occuper des doigts qu'en principe il ne faut pas immobiliser, car on sait avec quelle facilité ils se raidissent, surtout lorsque leurs synoviales se trouvent au voisinage de tissus enflammés. Le type de l'appareil sera donc celui d'Hennequin pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius c'est-à-dire une pièce palmaire s'arrêtant pour les têtes des métacarpiens, le pouce passant à travers un trou.

M. Broca n'a jamais vu que les mouvements des doigts eussent un retentissement défavorable sur la lésion du poignet ; les malades guéris ou en bonne position dont nous avons rappelé l'histoire en sont la preuve et on constate que leurs doigts sont souples. Par moments, lorsque la région est enflammée et douloureuse, lorsqu'il produit des abcès demi-chauds, l'immobilisation doit être complète, mais passagère.

Etant donnés les dangers d'entorse dans les ankyloses incomplètes, il est prudent de laisser très longtemps un petit appareil protégeant et immobilisant le poignet ; on peut y employer le celluloïd, à l'hôpital, on se contente d'une gouttière plâtrée légère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PLANCHE I FIG. 1 ET 2). — *Début au 4^me et 5^me métacarpiens, lésion du grand os et de l'os crochu. (Poignet gauche).*

Fag... Raymonde, 10 ans.

A. H. — Le père bien portant, mère (Bronchites nombreuses dans sa jeunesse) a eu une pleurésie.

A. P. — Née à terme, nourrie au biberon. Première dent à 1 an, premiers pas à un an. Coqueluche puis rougeole à 5 ans.

Il y a cinq mois la mère remarque une tuméfaction douloureuse sur le dos de la main au niveau du 3^me et 4^me métacarpien que la mère fait disparaître par friction. La tuméfaction réapparut un mois après et commence à grossir, c'est alors que, le 4 novembre 1919, la mère l'amène à l'hôpital. On découvre à la face dorsale de la main au niveau des articulations carpo métacarpiennes, une légère tuméfaction s'étendant transversalement sur une largeur de 4 centimètres. La peau est saine, mais la circulation veineuse est très développée superficiellement à ce niveau. Pas de chaleur appréciable. A la pression toute la tuméfaction est douloureuse, mais il y a un point particulièrement douloureux au niveau de la tête postérieure du 4^me métacarpien. Les mouvements de flexion des doigts ne sont pas modifiés. Abduction et l'adduction du pouce, ni douloureuse, ni limitées. Les mouvements de flexion du poignet sur l'avant bras ne sont pas

limités. Seuls sont limités les mouvement d'extension. Pronation et supination normales. Le volume et la situation de la tuméfaction ne sont pas modifiés par les mouvements du poignet.

Le 5 décembre 1919. — Radiographie : Spina ventosa de l'extrémité supérieure des 4^{me} et 5^{me} métacarpiens de la main gauche, avec hyperostose très nette du 5^{me} métacarpien. L'articulation entre l'os crochu et le 4^{me} et 5^{me} métacarpiens est légèrement floue et probablement envahie. A immobiliser dans un petit appareil.

Le 5 février 1920. — Deux mois d'immobilisation. Diminution de la tuméfaction. Bon état général.

Le 8 avril 1920. — Tuméfaction encore diminuée. Excellent état.

Le 10 juillet 1920. — Enfant en excellent état. On supprime le plâtre.

Le 24 décembre 1920. — L'enfant revient : poignet gonflé, chaleur locale. On remet un plâtre.

Le 1^{er} avril 1921. — On retire le plâtre : le poignet n'est pas gonflé ; on sent nettement les deux saillies osseuses du radius et du cubitus. Il existe encore à la face dorsale au niveau du carpe une tuméfaction fluctuante, mais pas très dure.

Le 17 décembre 1921. — Le poignet est encore gros, un peu chaud ; se flexion est limitée. On conseille de remettre un plâtre.

Le 2 octobre 1922. — Bon état local et général, nouveau plâtre, par précaution.

Le 5 janvier 1923. — Plâtre cassé, poignet sec, bon état, nouveau plâtre.

OBSERVATION II (PLANCHE I FIG. 6). — *Lésion de tout le carpe.*

P. . . Marthe, 13 ans.

A. H. — Le père en bonne santé, mère en bonne santé.

A. P. — Née à terme, nourrie au sein.

H. M. — L'enfant tombe il y a un an (1919). Plâtrée six mois après à l'hôpital de Dreux, garde le plâtre deux mois, le retire en septembre, ne peut se servir de sa main. Vient aux Enfants malades le 25 octobre 1920.

E. A. — Le poignet droit est arrondi, globuleux surtout du côté radial. On palpe facilement l'extrémité inférieure de styloïde radiale ; par contre immédiatement au-dessous et correspondant à l'articulation des os de la 1^{re} et de la 2^{me} rangée — scaphoïde et trapèze — on sent de l'œdème rendant la palpation plus difficile. Cette palpation est d'ailleurs douloureuse. Il y a à cet endroit des fongosités qui redescendent jusque sur le 2^{me} et 3^{me} métacarpien.

Le côté cubital est libre bien qu'on détermine une légère douleur.

Du côté palmaire : on note une main aplatie avec atrophie des éminences thénar et hypothénar. Tout le talon de la main est augmenté de volume et soulevé, car les synoviales semblent participer aux processus bacillaires. Appareil plâtré.

Le 9 novembre 1920. — Poignet diminue de volume, mouvements plus faciles.

Le 4 janvier 1921. — Hier l'enfant sentit du pus couler à la face dorsale de la main ; suintement toute la nuit. On enlève le plâtre et on voit une région dorsale tuméfiée, violacée avec une fistule à la partie centrale d'où s'échappe un pus grumeleux. Les gaines synoviales les extenseurs sont épaissies et très nettement perceptibles sous les doigts.

Vue le 6 janvier 1921. — Nouveau plâtre. Injection d'éther pur.

Le 5 mai 1921. — On coupe le plâtre pour laisser à l'enfant la mobilité des doigts. La main va bien, pas de gonflement, suppuration modérée.

Le 20 juin 1921. — moins de gonflement de la main, bien qu'il y ait une grosse diminution de la largeur de la paume. Les deux fistules de la face dorsale suppurent légèrement.

Le 20 septembre 1921. — Fistules complètement cicatrisées, le poignet qui était gros et épaissi a repris son volume normal.

Depuis trois mois l'enfant reste sans plâtre. Reviendra vers le 20 octobre; en attendant elle portera un petit appareil par précaution.

Le 23 novembre 1921. Bon état, plâtre à changer.

Le 7 avril 1922. Plâtre à changer.

OBSERVATION III (PLANCHE II FIG. 8). — *Lésion du grand os (poignet droit).*

M... Sophie, 9 ans et demi.

A. H. — Mère paraît bien portante, père bien portant.

A. P. — Née à terme, nourrie au sein, première dent à 4 mois, premiers pas à 11 mois. A l'âge de 4 ans a eu : rougeole, scarlatine, brônchite.

H. M. — L'enfant dit souffrir depuis 15 jours du poignet droit. Il y aurait un traumatisme du poignet droit. Traitée par les bains et le massage. Le poignet gonfle plus considérablement.

E. A. — Le 1^{er} août 1921, l'ensemble du poignet droit est tuméfié avec effacement des meplats et saillies, sans modification notable de la peau qui paraît un peu brillante et tendue.

A la palpation, l'articulation paraît envahie par des masses fongueuses avec quelques îlots fluctuants. La douleur à la pression est marquée sur les faces dorsales et palmaires au niveau du carpe. Il y a une notable hyperthermie locale.

Le mouvement d'extension est limité, celui de flexion moins.

On trouve un gros ganglion sus épithrochéen droit, de la polymicroadénie des deux côtés axillaires.

La radiographie (FIGURE) montre un aspect flou du milieu du carpe particulièrement marqué sur la face externe du grand os et un obscurcissement des interlignes articulaires.

Le 19 août 1921. — Poignet à peu près dans le même état, à revoir.

Le 12 septembre 1921. — Amélioration légère, à revoir dans 15 jours. L'enfant montre encore une tuméfaction profonde, indolore, sans modification de la peau peu mobile, non fluctuante.

Le 26 septembre 1921. — La face dorsale du poignet au niveau de l'interligne articulaire est très augmentée de volume. On remettra un plâtre. Le 3 janvier 1922. — A été consulter un masseur, revient consulter aux Enfants Malades. On rétablit le plâtre qui avait été supprimé. Pas d'abcès, n'est pas revenue.

OBSERVATION IV (PLANCHE I FIG. 4 et 5) *Lésion du grand os (poignet droit).*

Du M... Jean, 12 ans.

A. H. — Parents bien portants.

A. P. — Né à terme, première dent à 10 mois, premier pas à un an. Rougeole à 4 ans.

H. M. — Il y a trois mois l'enfant a reçu un traumatisme au niveau du poignet, en boxant ; quelques jours après une

grosseur apparut sur la face dorsale du poignet. À aucun moment l'enfant n'a souffert.

E. A. — Le 3 août 1922. L'avant-bras droit très mince, où on voit très nettement l'atrophie musculaire, contrastant avec un poignet globuleux et élargi. La grosseur siège au niveau de la face dorsale du poignet, s'étendant sur toute la largeur de l'interligne, remontant à 2 centimètres au-dessus de l'interligne et descendant à 2 centimètres au-dessous. La face palmaire un peu gonflée : il existe une atrophie marquée des éminences thénar et hypothénar. Le diamètre transversal du poignet est élargi, le diamètre antero-postérieur est augmenté nettement. Cette grosseur est de consistance demi-molle non fluctuante un peu fongueuse. La peau n'est pas tendue : la palpation de cette grosseur n'est pas douloureuse. La palpation de l'interligne au niveau des 2 styloïdes radiale et cubitale est très douloureuse, surtout au niveau de la styloïde cubitale. Sur la face palmaire l'interligne est douloureux. L'ankylose est avancée : il n'existe que très peu de mouvements de flexion et d'extension de même pour les mouvements de latéralité.

L'enfant ne se sert de ce membre. La température locale est nettement élevée. On sent un ganglion axillaire volumineux.

Le 5 octobre 1922. — Plâtre.

Le 27 octobre 1922. — L'enfant revient ; bon état général, s'alimente bien.

Le 7 décembre. — Plâtre retiré. On sent encore des fongosités à la face antérieure du poignet. Flexion et extension limitées. Remettre le plâtre.

Le 3 mai 1923. — L'enfant se plaint de sa hanche gauche, atrophie considérable des muscles de la cuisse. Signes nets de coxalgie.

OBSERVATION V (PLANCHE II FIG. 9). — *Lésion du grand os et de l'os crochu (poignet gauche).*

C. . . Delabre, 11 ans.

A. H. — Mère en bonne santé, le père mort (éthylisme).

A. P. — Né à terme, élevé au sein, premiers pas à 13 mois, première dent à 8 mois. Ablation des amygdales en 1920. abcès à l'oreille gauche en 1921, surdité de l'oreille gauche.

E. A. — Le 23 février 1921. — L'enfant se présente avec poignet gauche augmenté de volume, poignet globuleux légèrement arrondi. Face dorsale : masse fongueuse développée surtout au-dessous de la face radiale du côté interne. Face palmaire : au niveau du pli de flexion on sent que l'articulation est très distendue. Le mouvement de flexion est limité et douloureux. La radiographie montre la lésion du grand os et de l'os crochu.

Le 28 mai 1922. Plâtre à enlever.

Le 23 juillet 1922. L'articulation est encore le siège de phénomènes inflammatoires. Plâtre à refaire. Bon état général.

OBSERVATION VI (PLANCHE I FIG. 3). — *Lésion de tout le carpe (poignets droit et gauche).*

B... Paulette, 14 ans.

A. H. — Père, bonne santé, toussé un peu en hiver. Mère en bonne santé, 3 enfants, pas de fausses couches.

A. P. — Née à terme, élevée au sein, première dent à 8 mois, premiers pas à 13 mois. Rougeole à 7 ans. A 10 ans, devient très anémique, se plaignant de la colonne vertébrale.

H. M. — En juillet 1919, le poignet droit de l'enfant commence à enfler, n'en souffre pas, grosseur d'une orange occu-

pant la face dorsale du poignet et le haut de la main. Au bout d'un an la peau devient rouge violette, se fistulise, 3 sur la face dorsale qui coulent encore, 1 sur la face palmaire cicatrisée. Poignet gauche commence à enfler vers la même époque que le droit. Peau reste saine, pas de fistule.

E. A. — Le 10 mai 1920. Facies pâle anémié, l'état général ne semble pas bon. Poignet droit : grosse tuméfaction occupant la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'avant bras et descendant jusqu'à la racine des doigts, 3 fistules près des bords cubital et radial de la main (face dorsale) et l'autre médiane. La face palmaire est tuméfiée, tout à fait plate, pas de fistules. Poignet gauche : grosse tuméfaction allongée occupant la face externe et postérieure du poignet. Mouvements très limités, pas de douleurs. (n'est pas revenue.

OBSERVATION VII. — *Lésion du grand os et de l'os crochu. (poignet droit).*

D... Gaston, 14 ans 1/2.

A. H. — Père et mère bien portants.

A. P. — Né à terme, première dent ? premier pas ? Fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans.

H. M. — En août 1914, en faisant « la roue » il tombe sur le côté droit sa main droite appuyant sur le sol. La main et le poignet enflent immédiatement jusqu'à la moitié de l'avant bras, pas de douleurs. Au bout d'un mois le gonflement disparaît mais l'enfant commence à souffrir : élancement siègeant dans le poignet et irradiant vers le 4^{me} et le 5^{me} doigts. Les mouvements du poignet sont douloureux, limités et enfin absolument impossibles en mai 1915. A ce moment on lui fait des pointes de feu, bains salés.

E. A. — Le 11 juillet 1916. — Depuis 15 jours il remue un peu la main, la flexion est limitée à 30° environ — dans

l'extension elle dépasse à peine l'horizontale — température locale du poignet droit. Point douloureux sur la face dorsale du poignet droit. Plâtre.

Le 15 septembre 1916. — Douleur à la pression sur l'extrémité inférieure du radius.

Le 7 juin 1917. — Le poignet n'est plus douloureux, aucune chaleur. Tuméfaction et fluctuation au niveau de l'épiphyse radiale. Aucun point osseux douloureux. Mouvements de flexion et d'extension impossibles.

Le 2 août 1917. — Le poignet n'est plus douloureux, mouvements d'extension et de flexion très limités. La peau est rouge, mais n'est point chaude. Légère atrophie musculaire.

Le 5 octobre 1917. — Excellent état, poignet ni rouge, ni chaud, aucune douleur, aucun gonflement. Mouvements très limités.

Le 30 novembre 1917. — Très bon état général. Le poignet en bonne position, peu de tuméfaction, un peu de chaleur. Peu de douleur à la pression, mouvements très limités du poignet.

Le 15 mars 1918. — L'enfant revient : il se plaint d'une douleur lorsqu'il remue son poignet. A l'inspection le poignet ne présente rien de particulier, Pas de tuméfaction. A la pression on provoque une douleur qui siège au maximum dans la tabatière anatomique. Pas de chaleur. Un ganglion sous mental.

Le 2 septembre 1918. — Enfant est resté plâtré depuis le 15 mars 1918. Aucun point douloureux, pas d'empâtement. Va bien, le ganglion sous mental dans le même état qu'en mars.

Le 17 janvier 1919. — Revient demander s'il est guéri de son poignet droit : aucune douleur, depuis le plâtre fait en

mars. Ganglion sous mental : aucun changement. Supprimer le plâtre au poignet, enlever le ganglion sous mental.

Le 15 avril 1919. — L'enfant revient en se plaignant du poignet droit et à l'inspection on voit une tuméfaction à ce niveau, chaude, fluctuante et douloureuse à la pression. Les points douloureux siègent au niveau du grand os et de l'os crochu, du semi-lunaire et du trapèzoïde (face dorsale). Les mouvements sont impossibles. Ponction.

Le 16 mai. — poignet ankylosé en bonne position.

Le 30 avril 1920. — Depuis trois jours rechute : chaleur locale au poignet droit. Mouvements excessivement limités, très douloureux. Douleur à la pression au niveau de la 1^{re} rangée des os du carpe. A plâtrer.

Le 7 juin 1920. — A surveiller. Peut se servir de sa main avec le plâtre.

Le 16 août 1921. — Revu. Le malade se sert souvent de sa main. Chaleur locale notable, l'articulation gonflée est très douloureuse. Plâtre en mauvais état, nouveau plâtre à faire.

OBSERVATION VIII (PLANCHE II FIG. 10 ET 11). — *Lésion de tout le carpe (poignet gauche).*

S... Jeanne, 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, père bien portant.

Antécédents collatéraux. — Trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à 18 mois. Première dent ? premiers pas à 14 mois. Rougeole, coqueluche.

Histoire de la maladie. Il y a cinq ou six mois, le poignet

grossit, et n'est douloureux que si on appuie fortement. Depuis quelques mois l'état est stationnaire.

Etat actuel le 21 septembre 1915. Le poignet est enflé, surtout au niveau de l'extrémité inférieure du radius. A sa face antérieure on sent nettement une tuméfaction de la grosseur d'une noisette. La palpation n'est pas douloureuse. Flexion jusqu'à 125°. Extension jusqu'à 150° environ. Atrophie musculaire de l'avant-bras ; légère atrophie des muscles de l'éminence thénar et hypothénar. Chaleur locale 25 octobre 1915. — Poignet encore chaud. Pas d'abcès. Amplitude des mouvements environ 30°. Atrophie des muscles de l'avant-bras.

23 décembre 1915. — Pas d'abcès. Bon état général nouveau plâtre.

5 avril 1915. — Revue en bon état. Léger gonflement de la face dorsale du poignet. Pas d'abcès bon état général.

4 mai 1916. — Bon état général. Léger gonflement de l'articulation surtout sur la face dorsale. Point douloureux sur la face dorsale au niveau du carpe. L'enfant tient son avant-bras en pronation et ne dépasse pas 1/2 supination.

25 juin 1916. — Abcès de la face interne de l'avant-bras.

9 juillet 1916. — Abcès s'est fistulisé à la fin de mai, pus jaunâtre épais. L'enfant se plaint de souffrir au moindre mouvement.

16 juillet. — Abcès fluctuant sur la face dorsale du poignet, peau rouge et amincie. A inciser.

28 Août 1916. — Gonflement douloureux à la partie postéro interne du poignet. L'enfant entre le 1^{er} octobre à la scarlatine et en sort le 1^{er} novembre.

10 novembre 1916. — Sort de la scarlatine. Face antérieure de l'avant-bras : ligne fistuleuse avec 4 foyers, face

interne du bras : ligne fistuleuse 5 foyers. Face dorsale du poignet, large fistule avec 3 petits foyers vers le côté interne. L'état actuel est analogue à l'état antérieur à la scarlatine. L'enfant a ses règles depuis le 5 octobre.

16 février 1917. — L'enfant continue à revenir aux pansements, les fistules dans le même état coulent abondamment.

4 mai 1917. — L'enfant a remarqué que la main s'enflait au niveau de sa face dorsale. Douleur à la pression au niveau des 2^{me}, 3^{me} et 4^{me} métacarpiens. Pas d'abcès. Fistules stationnaires.

18 janvier 1918. — La flexion interphalangienne est normale. Poignet presque entièrement ankylosé, léger degré de flexion.

7 juin 1918. — Les fistules sont sèches, sauf une, la plus élevée sur le bord cubital de l'avant-bras. Peau rouge autour de cette fistule, surtout au-dessus du point suintant. Douleur vive à la pression du bord interne du cubitus.

29 novembre 1918. — Bon état local. Fistule complètement tarifiée. Quelques mouvements de l'articulation du poignet.

6 décembre 1918. — Nouvelle radiographie : raréfaction osseuse généralisée du carpe, des deux extrémités inférieures du radius et du cubitus. Bon état général et local.

17 mars 1919. — Wassermann négatif.

28 avril 1919. — Bon état, pas d'abcès, limitation des mouvements.

OBSERVATION IX. — *Lésion du carpe (poignet droit).*

B... Georges, 5 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bronchites répétées, toussé beaucoup.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein. Première dent à 10 mois, premiers pas à 13 mois, bronchites, scarlatine.

Histoire de la maladie. — Depuis novembre 1920 la main droite est enflée sur la face dorsale et douloureuse, l'enfant refuse de s'en servir. Peu d'appétit, un peu fiévreux.

État actuel le 10 mai 1921. — On voit sur la face dorsale de la main empiétant sur le poignet une tuméfaction étalée au niveau du 3^{me} métacarpien et grand os, la peau qui la recouvre est normale, pas tendue, pas fluctuante. On sent les parties osseuses sous-jacentes augmentées de volume. Les mouvements de flexion du poignet sont douloureux et limités. La force des muscles fléchisseurs est un peu diminuée et on note une atrophie musculaire de 1 cm. à l'avant-bras.

11 mai 1921. — La radiographie montre un élargissement du 1^{er} métacarpien. Spina ventosa au début. Disparition du trapèze et du scaphoïde. N'est pas revenu.

OBSERVATION X. — *Lésion du grand os et de l'os crochu (poignet gauche.)*

D... Gaston, 14 1/2.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein, première dent à 5 mois, premiers pas à 15 mois. L'enfant n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — Depuis trois mois il a commencé à se plaindre du poignet gauche. Il souffre en faisant des mouvements de l'articulation. A la même époque une légère tuméfaction apparaît au niveau du 1^{er} métacarpien. Il y a semaines seulement que la tuméfaction actuelle est apparue.

Etat actuel 26 juin 1919. — Inspection : On constate une tuméfaction siégeant sur les faces dorsale et palmaire de la main, s'étendant depuis les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, jusqu'aux extrémités des quatre derniers métacarpiens. La peau est luisante, amincie, chaude au toucher.

Palpation : Fluctuation au niveau de l'apophyse styloïde du radius s'étendant sur un espace de la largeur d'une pièce de 5 fr. environ. Pression : Points douloureux très nets sur tout l'interligne articulaire. Mouvements de flexion et d'extension limités, ainsi que ceux de latéralité, tous douloureux. Atrophie de l'avant-bras. L'enfant remue facilement les doigts. Platré le 10 juillet 1919.

24 juillet 1919. — La tuméfaction du poignet est toujours assez considérable. La main a diminué de volume. Fluctuation au niveau des apophyses styloïdes. Chaleur locale très nette. Points douloureux au niveau de l'articulation du poignet. Mouvements douloureux et très limités.

5 Septembre 1919. — L'enfant part pour Lille, d'où il était parti comme réfugié.

OBSERVATION XI

B... Suzanne, 12 ans.

Antécédent héréditaires. — Père albuminurique depuis 13 ans, mère bien portante, 6 enfants dont deux sont morts. Le premier et le troisième, l'un à 10 mois (convulsions) l'autre à 12 mois de diarrhée infantile. Ceux qui restent sont bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon, première dent vers 6 mois, premiers pas vers un an. Enfant n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — Selon ce que dit la mère l'enfant, étant en vacances au mois d'août, a porté des charges trop lourdes. A ce moment est apparue à la face dorsale du carpe droit une grosseur de la taille d'une grosse noisette indolore et ne gênant pas les mouvements du poignet, que l'on soigne avec des applications de teinture d'iode et des pansements compressifs. La grosseur disparaît au bout de 8 jours, mais apparaît au même niveau une douleur spontanée et provoquée en emmanant une gêne fonctionnelle de l'articulation. douleur qui n'a fait qu'augmenter jusqu'à ce jour.

14 novembre 1919. — On aperçoit à la face dorsale du carpe gauche et seulement à jour frisant une légère tuméfaction. La peau est saine. A la palpation on ne provoque pas de douleur appréciable. Articulation métacarpo-carpienne, est relativement souple. Extension très diminuée, flexion peu diminuée. Tuméfaction très nette, sorte de boule partiellement réductible. Mouvements de latéralité ne sont pas modifiés.

20 novembre 1919. — Rien à la radio. Sans aucun traitement, la tuméfaction a été diminuée. Pas de douleur. Mouvements normaux.

OBSERVATION XII. — *Lésion du grand os et de l'os crochu (poignet gauche).*

L... Georgette, 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé

Antécédents collatéraux. — Quatre autres enfants en bonne santé, 3 fausses couches, 1 mort-né, une fille morte à 6 mois d'affection inconnue.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au bibe-

ron. Rougeole vers un an. N'est pas encore formée.

Histoire de la maladie. — Dimanche 17 juillet au réveil, sans être tombée et sans avoir eu d'écorchure, l'enfant se plaint du poignet gauche. Lundi dans la journée la main commence à enfler : chaleur locale, mais pas de rougeur, douleur qui devient rapidement vive. Mardi matin on conduit l'enfant à Trousseau où une radiographie est faite ; le lendemain à la suite de la radio dont les parents ne connaissent pas le résultat, on fait à la consultation de Trousseau un pansement humide. L'enfant rentre chez elle et on renouvelle le pansement humide 2 fois par jour jusqu'à ce matin dimanche 24. La douleur étant devenue très vive, l'enfant est conduite hier après-midi à un médecin qui conseille l'envoi à l'hôpital.

État actuel. — Le 24 juillet 1921. — Gonflement sans rougeur de la main gauche, affectant surtout le dos de la main ; le poignet est en légère flexion ainsi que les doigts. On ne retrouve pas trace d'écorchure ni à la face palmaire, ni à la face dorsale. Pas de ganglions, ni axillaire, ni épitrochléens. A la palpation ; pas de fluctuation nette. La douleur est surtout vive au niveau du carpe, face dorsale et aussi palmaire. Les mouvements spontanés et passifs du carpe et des doigts sont douloureux. On fait, le 27 juillet, une injection de vaccin de Delbet : 2 cm. 1/2.

25 juillet 1921. — La douleur a diminuée, mais l'état local est sensiblement le même ; toujours pas de fluctuation nette.

26 juillet 1921. — Au matin on fait une seconde injection de Delbet : 2 cm. 1/2. Dans la matinée la radiographie étant parvenue et montrant des lésions du carpe (grand os, os crochu) et de la base des 3^{me} et 4^{me} métacarpiens, on s'arrête au diagnostic de tumeur blanche et on pose un plâtre.

28 juillet 1921. — L'enfant souffre moins de son poignet.

1^{er} août 1921. — L'enfant est rendu à sa famille, doit revenir aux pansements.

1^{er} Septembre 1921. — Bon état.

1^{er} Octobre 1921. — Bon état, nouveau plâtre.

23 Décembre 1921. — Le plâtre est en très mauvais état. Néanmoins, l'articulation est sèche avec peu d'hyperthermie locale. Il présente quelques mouvements d'extension et de flexion. On change le plâtre.

6 Juin 1922. — L'articulation est sèche. La limitation des mouvements d'extension et de flexion du poignet sont très réduits. L'articulation est froide, indolente.

1^{er} Juillet 1922. — Bon état.

19 Août 1922. — Le poignet est complètement sec. Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés. A replâtrer.

16 mars 1923. — Mouvement légèrement diminué de l'articulation : flexion et extension à 45°.

OBSERVATION XIII. — *Lésion du grand os et de l'os crochu.*

T... Nathalie, 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, père bien portant.

Antécédents personnels. — A été anémique dans son enfance. Au mois de juillet 1920 pleurésie sero-fibrineuse aiguë durant 23 jours. La malade est mariée, a un enfant, né à terme, bien portant.

Histoire de la maladie. — Au mois d'avril 1921 le poignet gauche commence à être le siège d'une douleur et d'une tuméfaction. Consulte à Laennec en mai 1921. On la radiogra-

phie et on la mit dans le plâtre. Elle y reste 8 mois vient consulter aux Enfants malades.

Etat actuel : 17 décembre 1921. — Le poignet gauche est le siège d'une tuméfaction globuleuse portant davantage sur le carpe que sur la partie inférieure de l'avant bras contrastant avec l'atrophie musculaire totale de l'avant bras. La peau n'est pas modifiée. Il reste environ 20 à 30° d'extension et de flexion du poignet. La pronation et la supination sont complètes. L'articulation médio carpienne toute entière est le siège d'un empatement fongueux empêchant de sentir les os. La douleur à la pression est très vive sur les faces dorsales et palmaires des os du carpe et nulle au niveau des extrémités inférieures du radius et du cubitus. La radiographie montre une destruction des os du carpe ayant pour foyer le grand os presque dissous. Malade amaigrie, sans état général particulièrement mauvais. La malade se plaint des douleurs de la cuisse gauche depuis un an. On ne trouve pas des points douloureux nets. Le signe de Lassegue. Atrophie musculaire légère. On refait un nouveau plâtre. Wassermann à faire. Pour la sciatique des bains sulfureux.

5 janvier 1922. — Poignet dans le même état. Wassermann négatif.

20 janvier 1922. — L'injection d'éther iodoformée.

2 mars 1922. — Malade part à la campagne, le poignet est moins douloureux et moins gros.

26 décembre 1922. — Très bon état local, quelques mouvements du poignet. Pas de chaleur locale ; jointure sèche. Etat général médiocre. Plâtre.

OBSERVATION XIV. — (PLANCHE II FIG. 7). — *Destruction du grand os (poignet droit).*

M..., Charpentier, 4 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein six semaines, puis envoyé à la campagne chez sa grand'mère où il est nourri au lait de vache bouilli jusqu'à l'âge de 2 ans époque à laquelle sa mère le reprend chez elle. Première dent à 7 mois, premiers pas à 13 mois.

Broncho-pneumonie à 2 ans durant plus d'un mois. L'enfant envoyé chez sa grand'mère a été soignée par la sœur de sa mère, atteinte de tuberculose osseuse et rénale. La mère le reprend dès la fin de sa broncho-pneumonie, le médecin traitant ayant exigé sa séparation avec sa tante.

Il était depuis 4 mois chez sa mère quand celle-ci s'est aperçue qu'il avait une petite boule à la face interne du pied droit. Elle le masse et la petite boule disparaît au bout d'un mois.

Histoire de la maladie. — Il y a un mois la mère voit survenir sur le bord externe et dorsal du poignet une « boule » semblable à celle du pied. Elle recommence le traitement du massage. Ne voyant pas d'amélioration elle consulte un médecin qui remarque un gonflement annulaire autour du poignet malade. Il soupçonne un processus bacillaire et conseille d'attendre sans masser et en mettant simplement des compresses d'eau blanche.

L'enfant tombe vendredi sur sa main malade et pleure tout l'après-midi. La mère retourne voir dès le soir le médecin qui devant les progrès du gonflement la prévient qu'il se pourrait que l'enfant ait une arthrite bacillaire. La mère vient sur le conseil de ce médecin consulter M. Broca.

État actuel. — Le poignet est gonflé. Disparition des saillies et dépression normales. Le gonflement s'étend jusque sur la moitié de la face dorsale de la main. La région est

chaude. Les mouvements d'extension sont à peu près impossibles. Flexion limitée. Abduction et adduction très limités. Pas de douleur à la pression. Pas de ganglions axillaires, mais nombreux au cou à droite comme à gauche.

Radiographie : atteinte du grand os. La base du 3^{me} métacarpien est légèrement éronée.

11 avril 1923. — Le poignet est désenflé, mais le gonflement n'a pas entièrement disparu ; encore chaud, non douloureux. — Mouvements de flexion et d'extension très limités encore possibles. Adduction et abduction presque abolies. On remet un plâtre.

OBSERVATION XV

T... Jean, 21 mois.

Antécédents héréditaires. — Père bronchite chronique, mère bien portante. Deux enfants : le malade et un autre enfant de 8 mois.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au biberon à la campagne. Bronchopneumonie à un an.

Histoire de la maladie. — En lavant l'enfant il y a quelques semaines la mère vit une grosseur au poignet gauche. L'enfant ne s'est jamais plaint. État actuel.

Le 7 février 1918. — Au niveau du poignet gauche tuméfaction occupant la face dorsale et le bord externe, aucune fluctuation. Peau blanche souple et mobile. Ankylose presque mobile de l'articulation. Adduction, abduction; pronation et supination normales. A plâtrer.

14 mars 1918. — Bon état,

20 mars 1918. — Cutiréaction négative.

19 avril 1918. — Parti pour la campagne.

OBSERVATION XVI. — (PLANCHE II FIG. 12).

F..., Germaine, 3 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, pas de fausse couche, père mort de poitrine.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein.

Chute il y a un an, sur le poignet fléchi, gonflement pendant quelques jours et depuis l'enfant ne se sert plus volontiers de sa main droite.

Le 4 octobre 1910, gonflement dorsal ; mouvements indolents, mais limités. A la radiographie lésions avancées de tout le carpe ; contours irréguliers de l'épiphyse radiale ; interlignes sombres et rétrécis. Plâtre.

Evolution sans incident. En janvier 1912, la radiographie montre que les os ont repris des contours assez nets. Appareil supprimé en novembre 1912.

Revu le 8 juin 1922. Se plaint du poignet droit. Extension un peu limitée. Se plaint de fatigue lorsqu'elle écrit longtemps.

A droite atrophie musculaire légère des muscles épitrocléens. Poignet droit au niveau des styloïdes a 1 cm. de moins.

Longueur de la main droite, 17 cm., gauche 18 cm. du pli de flexion du poignet au médus. Circonférence de la main droite, 16,5, gauche, 17 cm. Les styloïdes à droite au même niveau. Tête cubitale saillante. La radio montre les os du carpe repartis du côté externe sur une seule rangée.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose du poignet est plus rare que celle du coude et plus fréquente que celle de l'épaule.

2° Elle semble, chez l'enfant, plus fréquente chez les garçons ; il ne paraît pas y avoir prédominance à droite.

3° La radiographie montre que l'origine habituelle est une lésion du grand os et de l'os crochu. L'origine métacarpienne est rare.

4° La guérison en 18 mois à 2 ans après immobilisation, est la règle, le plus souvent avec ankylose. La suppuration est plus rare qu'au coude.

Vu le Président de Thèse :

A. BROCA.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Imprimerie Spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, -- Paris
